

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

702

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques PUISTIENNE

Ancien externe des Hôpitaux

Né le 14 Novembre 1904 à Romorantin (Loir-et-Cher)

PAPILLOME DU SINUS
MAXILLAIRE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES

—
1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques PUISTIENNE

Ancien externe des Hôpitaux

Né le 14 Novembre 1904 à Romorantin (Loir-et-Cher)

PAPILLOME DU SINUS MAXILLAIRE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES

1935

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GULLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophthalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	
ALAJOUANINE		BROCC	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		HEITZ-BOYER	
CHABROL		MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT		SCHWARTZ	
DUVOIR		VELTER	
HARVIER		ECALLE	} Clinique Obstétricale.
LIAN		GUENIOT	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT		LE LORIER	
SÉZARY		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
USQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LANTUEIOL	Obstétrique.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	WOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	OBERLING	Anatomie pathologiq.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHTER	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	SANNIE	Chimie biologique.
HAZARD	Pharmacologie.	SÈNEQUE	Patholog. chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. M.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR FAUQUEZ
Ancien Chef de Clinique à la Faculté

En témoignage de ma profonde affection.

A M. LE DOCTEUR DE GANDT

*En témoignage de ma reconnaissance et de
ma filiale affection.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Chef du Service de Laryngologie à l'Hôpital Lariboisière

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.
Témoignage de gratitude et de très respec-
tueux attachement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MOULONGUET

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous proposer le sujet de
cette thèse. En témoignage de ma profonde
reconnaissance et de mon entier dévouement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR RAMADIER

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital de la Pitié

*Qui m'a manifesté en toutes circonstances sa
sympathie. Témoignage de profonde reconnaissance
et de sincère et respectueux attachement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ROUGET

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau

Hommage reconnaissant.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR HALPHEN

Professeur agrégé à la Faculté
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Louis

En témoignage de respect et de reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR LEMARIEY
Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux

A M. LE DOCTEUR HAMELIN
Ancien interne des Hôpitaux
Assistant de laryngologie de l'Hôpital Trousseau

A M. LE DOCTEUR GUILLON
Ancien interne des Hôpitaux
Assistant de laryngologie de l'Hôpital de la Pitié

A M. LE DOCTEUR ARDOIN
Chef du Laboratoire d'Anatomie pathologique
du Service d'O. R. L. à Lariboisière

A M. PIERRE GENTY
Interne des Hôpitaux

INTRODUCTION

Notre Maître, le Docteur Moulonguet, a trouvé récemment, à la suite d'une opération de Caldwell-Luc pour polypose, un papillome du sinus maxillaire. Les cas de papillomes de l'antre d'Hyghmore sont rares, et sur le conseil du Docteur Moulonguet nous avons essayé de réaliser sur la question des papillomes du sinus maxillaire un travail d'ensemble.

Que le Docteur Moulonguet trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Les premiers cas de papillomes localisés au sinus maxillaire ont été décrits séparément en 1902, par Bronner et par Bichaton. Mais déjà depuis 1883, plusieurs auteurs s'étaient intéressés à la question du papillome des sinus et des fosses nasales et ne s'étaient pas montrés d'accord.

Nous croyons indispensable de comprendre dans l'historique du papillome du sinus maxillaire celui du papillome des fosses nasales.

HISTORIQUE

En 1876 Michel de Cologne décrit une série de petites tumeurs minces et bosselées, en chou-fleur, siégeant sur l'extrémité antérieure du cornet inférieur gauche, sur la partie correspondante du plancher et de la cloison.

Le premier Hofmann, en 1883, publie une statistique qui, sur 100 observations de tumeurs intranasales, contient 14 papillomes. De même Lefferts en 1862 avait publié 5 cas de tumeurs papillomateuses de la cloison.

Donc rapidement la fréquence relative des papillomes du nez semble se faire jour. Mais s'agissait-il de papillomes ? En effet à propos d'Hofmann, Chavanne écrit en 1907 : « Il réunit dans une même classe et sous le même nom de tumeur, de simples proliférations papillaires et des papillomes vrais ».

Dès lors de nombreux auteurs signalent un ou plusieurs cas : ce sont Cornil et Ranvier (1883), Arsigna, Gosselin (1885), Chiari, Moure (1886), Cozzolino, Gouraud, Morell-Mackenzie (1887), Moldenhauer, Voltolini (1888), Gompez, Solis-Cohen (1889); mais continuant l'erreur d'Hofmann, certains de ces auteurs font rentrer dans la classe des papillomes de simples productions papillomateuses, des hypertrophies papillomateuses localisées.

Ce fut le mérite de Noquet (1889) de montrer l'erreur dans laquelle était tombé Hofmann. Il admit, avec Lacoarret, la rareté pathologique du papillome vrai de la pituitaire, et considère comme une hypertrophie papillomateuse la plupart des cas des auteurs allemands. Noquet et Lacoarret signalent « qu'il ne suffit pas qu'une tumeur présente l'aspect papillaire pour qu'on puisse la classer parmi les papillomes ».

Aysaguer fait également remarquer qu'un bon nombre des cas rapportés par Hofmann ne sont pas des papillomes purs, mais vraisemblablement des « adénomes papillaires », des « angiomes papillaires », des « sarcomes papillaires ».

Moure et Garel publient chacun une observation d'un cas de tumeur simulant cliniquement, à s'y méprendre, le papillome ; mais l'examen histologique fit rejeter ce diagnostic.

Virchow place les papillomes dans la classe des fibromes, en ajoutant que la partie essentielle de la néoplasie est le développement du tissu conjonctif.

Förster, étant donné la néoformation vasculaire qu'ils présentent, les considèrent comme des angiomes.

Fabre-Domergue les décrit sous le nom « d'endothéliomes » et affirme qu'ils sont le premier degré des déviations épithéliales qui amènent aux carcinomes.

Bard en fait des épithéliomas adultes.

Nombre d'auteurs semblent apporter des cas : Wendel et Philipppis, Wright, G. H. Mackensie, Lacoarret, Citelli, Sackai, Gavello, Goldmann; mais ce ne sont pas là de vrais papillomes.

Durand considérant ces confusions avec le papillome véritable écrit en 1924 : « le papillome doit être considéré comme une production pathologique de type défini. Les papillomes sont une prolifération épithéliale qui présente deux caractères importants : d'une part, toutes les cellules sont de type normal, d'autre part elle est toujours limitée du tissu conjonctif sous-jacent par la membrane basale ». Et plus loin : « l'affection ainsi caractérisée, au point de vue histologique, doit être différenciée de toutes les productions inflammatoires ou néoplasiques, soit bénignes, soit malignes, qui peuvent à un moment quelconque de leur évolution prendre l'aspect papillaire ». Ainsi s'explique-t-on facilement le nombre important de faux papillomes publiés sous l'étiquette de papillomes.

En 1915, Pusateri recueille seulement une trentaine de cas de papillomes des fosses nasales et des sinus qu'il estime pouvoir cataloguer « vrais papillomes », Bilancioni en 1917 en signale environ 40, en 1922 Herxheimer 38, en 1929 Echert-Möbius une soixantaine.

Massione en 1931, dans un travail important, réunit 144 cas dont une centaine environ sont réellement des papillomes, car il qualifie les autres de cas douteux, et publie une très belle observation

personnelle de papillome récidivant du sinus maxillaire ayant envahi les fosses nasales. Il écrit « Aujourd'hui, presque tous les auteurs sont d'accord pour considérer les papillomes du nez comme ceux de l'oreille, du pharynx, du larynx, de la vessie, de l'uretère, etc... comme des tumeurs fibro-épithéliales ayant le droit de constituer un groupe à part, en raison des caractères anatomo-pathologiques et cliniques qui les différencient des tumeurs d'aspect analogue ».

Quelle est la proportion numérique du papillome du sinus maxillaire, par rapport au papillome des fosses nasales et des autres sinus ? Le papillome des fosses nasales est de beaucoup le plus fréquent. Il représente à peu près 70 % des cas. Nous n'avons trouvé que 16 cas de papillome où la tumeur occupait le sinus maxillaire. Sur ces 16 cas, dans trois il existait également une néoformation papillomateuse au niveau de la fosse nasale correspondante, et dans trois cas également au niveau de l'ethmoïde, sans pouvoir préciser si le siège initial de la tumeur se trouvait bien dans l'antre d'Hyghmore. Dans un des cas, le sinus sphénoïdal était également envahi.

Nous avons donc dix cas de papillome du sinus maxillaire plus un cas que nous apportons.

Ils ont été publiés par Bichaton (1902), Bronner (1902), Jacques (2 cas 1906), Enders 1907, Holgrem (1924), Saxen 1926), Eckert-Möbius) (1929), W. Meyer (19030), Massione (1931).

Il existe deux cas de papillome du sinus fron-

tal, un cas signalé par Kiesselbach (1885) dont la dégénérescence tardive en carcinome fut publiée par Hellmann en 1897, un cas décrit par Herxheimer en 1911.

Il a été publié un cas de papillome avec point de départ ethmoïdal par Brock en 1912.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici des papillomes récidivants que Massione appelle papillomes « malins ». Ce qualificatif choque quand il s'adresse à un papillome, qui est par définition une tumeur bénigne, même en spécifiant qu'il s'agit non pas de malignité histologique, mais uniquement de malignité clinique. C'est pourquoi nous emploierons ici le terme classique de « papillome récidivant », nous refusant à la terminologie impropre de Massione.

Parmi les 9 cas de papillomes du sinus maxillaire, il se trouve 6 papillomes récidivants ou du moins publiés comme tels. Rapprochant au point de vue évolution clinique le papillome récidivant des autres tumeurs malignes du nez et des sinus, et remarquant sa rareté par rapport à ces dernières, Massione écrit : « Cette rareté, si elle en accroît la valeur au point de vue anatomo-pathologique, ne diminue en rien son importance au point de vue clinique, car précisément, en raison de sa rareté et du petit nombre de ses caractères symptomatiques, il est difficilement diagnostiqué en tant que papillome et pris pour une tumeur encore plus maligne, pour un carcinome par exemple, ce qui le

fait considérer comme inopérable ; ce diagnostic insuffisant comme précision et trop tardif, vous amène à renoncer à une thérapeutique prompte et énergique, la seule capable d'être efficace ».

On remarque que le papillome récidivant est particulièrement fréquent au niveau de l'antre d'Hyghmore, car sur 10 cas de papillome du sinus maxillaire, nous avons 6 papillomes récidivants. Il est moins fréquent au niveau des fosses nasales, il en existe 5 cas dans la littérature, ce qui représente un pourcentage bien moindre, étant donné le nombre beaucoup plus important des papillomes des fosses nasales.

Citons les auteurs qui ont publié des cas de papillome récidivant du sinus maxillaire ; nous y joindrons l'observation très détaillée de Massione.

Bronner en 1902 : papillome implanté sur la partie moyenne de l'antre qui récidive malgré de nombreuses interventions et entraîne finalement la mort.

Bichaton en 1902 également ; papillome du sinus maxillaire avec récidive et mort, malgré une résection du maxillaire.

Jacques en 1906 décrit 2 cas, dans l'un le papillome envahit secondairement fosse nasale et choane, dans l'autre il oblige à la résection totale du rebord alvéolaire, qui permet l'ablation d'une masse d'aspect fongueux assez vascularisée. Aucune récidive après 10 ans. Papillome typique à l'examen histologique.

Enders en 1907 : papillome de l'antre qui, en un an et demi, distend la région amenant la formation de deux fistules au niveau de la joue. Suites inconnues.

Massione (1931) syndrome d'obstruction nasale complète à gauche, datant de quelques mois après un début progressif. On trouve la narine gauche occupée par une masse luisante, rouge, tremblotante, qu'on déplace facilement et dont le diagnostic de polypes s'impose. Narine droite normale, rhinoscopie postérieure négative, extraction au serre-nœud de 5 gros polypes antérieurs.

On constate après leur extraction que la fosse nasale et surtout les méats moyen et supérieur sont occupés par une masse molle, blanc rosé, à surface papillomateuse, en chou-fleur. Prise difficile qui provoque une abondante hémorragie obligeant à un tamponnement. Deux jours après cette intervention, sous une hémorragie importante, on enlève avec la pince de Weil et la cuillère tranchante la majeure partie de la tumeur. On exécute un nettoyage incomplet de l'ethmoïde, que remplit la néo-formation. On constate encore la présence de petites masses dans les méats supérieur et moyen, à l'entrée du sinus maxillaire. Une radiographie montre l'opacité du sinus maxillaire et de l'ethmoïde gauche. Réaction de Wassermann négative.

Examen histologique : Il indique à la coupe un tissu conjonctif aréolaire et un épithélium, disposés de telle façon que le tissu conjonctif est toujours au centre et l'épithélium à la périphérie de chacune des parties qui constituent la production. Ces parties en forme de papillome ont chacune un squelette conjonctival avec des vaisseaux, et un revêtement épithélial.

Le tissu conjonctif conserve sur tous les points les mêmes caractères. C'est un tissu aréolaire, non fibreux, avec de très nombreuses ouvertures de petits vaisseaux et intégrité des parois vasculaires.

L'épithélium de revêtement des bourgeons villoeux et des bourgeons centraux montre des éléments périphériques avec cils vibratiles, disposés en palissade, et des éléments centraux pluri-stratifiés. Les cellules épithéliales se multiplient activement mais ne présentent aucun caractère d'atypie ; elles sont séparées du tissu conjonctif sous-jacent par une membrane basale.

Le stroma de soutien qui forme l'échafaudage des nombreuses saillies papillaires ou villiformes, apparaît comme une trame régulière à fibrilles plus ou moins grosses, trame qui se continue, d'un côté avec la membrane basale sur laquelle repose l'épithélium de revêtement et de l'autre avec la fine paroi des nombreux capillaires qui confèrent au tissu de soutien son aspect aréolaire.

Le malade revu 4 semaines après la dernière

intervention n'a éprouvé aucun trouble. A l'examen on constate que les restes de la tumeur se sont développés, tandis qu'une grosse masse s'échappant de la paroi externe de cette fosse nasale (ouverture maxillaire agrandie ?) vient s'appuyer sur le cornet inférieur et arrive au contact du plancher. Elle saigne au moindre toucher. Une nouvelle radiographie montre l'opacité complète du sinus maxillaire et de l'ethmoïde gauche.

Le malade subit une nouvelle intervention : on pratique une incision latérale de Moure, on résèque la paroi externe de l'antre, la branche montante du maxillaire, l'os nasal et l'unguis. La cavité du sinus est remplie par la tumeur qui fait aussitôt hernie par la brèche osseuse. On vide la cavité de l'antre. On constate alors que la tumeur s'étend vers la fosse ptérygo-maxillaire. On enlève la paroi qui la sépare de la fosse nasale et on exécute un large nettoyage du labyrinthe ethmoïdal. Tamponnement et suture de la peau.

Massione a fait plusieurs prélèvements : l'un notamment sur la paroi externe du sinus maxillaire, et l'examen histologique montre des lamelles osseuses homogénéisées au milieu d'un tissu conjonctif fibreux, sans qu'à la périphérie de l'os on puisse observer ni processus destructif ni néo-production ; on ne constate jamais l'envahissement de l'os par le papillome.

Avec Massione il faut retenir de l'examen histologique de cette observation :

1° la richesse et l'active multiplication des cellules épithéliales ; aucun caractère d'atypie, aucune invasion du tissu conjonctif sous-jacent.

2° la rareté et la minceur du tissu conjonctif ainsi que son extrême richesse en gros vaisseaux.

3° l'absence absolue sur toutes les coupes, qu'elles soient profondes ou superficielles, de quoi que ce soit pouvant se rapporter au type carcinomateux ; si bien qu'au point de vue histologique, la tumeur examinée est de caractère bénin.

Nous nous permettrons de faire une réserve au sujet d'un certain nombre de ces cas ; n'ayant pas eu en mains les coupes histologiques, nous ne pouvons avoir une certitude ; mais considérant l'évolution très extensive de certaines de ces tumeurs, avec récidives entraînant finalement la mort, il semble difficile de l'attribuer à une tumeur bénigne étant donné les connaissances actuelles. Dans ces cas n'y aurait-il pas eu confusion histologique entre papillome et épithélioma papillaire végétant ?

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Macroscopiquement le papillome présente l'aspect d'une masse charnue, de consistance dure ou molle, à surface chagrinée, bosselée, en chou-fleur, pédiculisée ou à base d'implantation large. Sur la surface de section on voit la trame du tissu conjonctif blanchâtre à ramifications multiples, les papilles revêtues d'une couche de tissu épithélial plus ou moins visible.

Avant de voir quelles sont les lésions microscopiques qui caractérisent le papillome, rappelons l'histologie normale de la muqueuse du sinus maxillaire. On sait que celui-ci est revêtu d'une muqueuse émanée de la pituitaire, qui présente trois plans superposés :

- le chorion, constitué par du tissu conjonctif lâche et renfermant dans ses couches superficielles des glandes muqueuses peu abondantes et peu volumineuses.

- la basale.

- un épithélium cylindrique stratifié et cilié, d'une épaisseur de 25 à 30 μ , comprenant 2 ordres de cellules :

- des cellules basales reposant sur la basale

et entre lesquelles s'insinue l'extrémité profonde des cellules superficielles.

— Ces cellules superficielles sont très hautes, cylindriques ; leur surface présente un plateau de cils vibratiles. Quelques cellules à mucus s'insinuent entre les cellules ciliées.

Quelles sont les transformations que subit cette muqueuse pour donner naissance à un papillome ? Roussy et Wolf disent « les lésions portent sur l'épithélium et le derme ou chorion que, simultanément, sont hyperplasiés. Le revêtement épithélial forme des saillies et des dépressions de dimension variable, et des bourgeons inter-papillaires pénètrent plus ou moins profondément dans les couches sous-jacentes. Mais, fait important, la limite (membrane basale) entre l'épithélium et le derme (chorion) reste toujours intacte. Toutes les couches de l'épithélium sont épaissies ».

La prolifération des cellules se fait suivant des mitoses typiques. Il n'y a jamais de monstruosité cellulaire ; c'est là, avec l'intégrité de la membrane basale, un caractère fondamental qui n'est d'ailleurs pas particulier au papillome mais à toutes les tumeurs bénignes. Il y a, on vient de le voir, hyperplasie de l'épithélium et du chorion, mais l'hyperplasie du tissu épithélial est de beaucoup la plus importante et reste la lésion fondamentale qui donne la signature du papillome.

En résumé, le papillome est constitué par deux

parties bien distinctes, l'une épithéliale, l'autre conjonctivale.

La couche épithéliale est très étendue. L'épithélium est cylindrique avec une couche superficielle à cils vibratiles pluri-stratifiée. Les cellules sont assez tassées, elles ont un noyau à leur base et un protoplasma plus abondant dans la partie libre de la cellule qui correspond à la superficie de la papille ; les éléments cellulaires sont étroits, allongés et présentent un aspect caryokinétique.

Mais l'épithélium n'est pas toujours cylindrique ; dans de nombreux papillomes, il est en majeure partie constitué par des cellules plates, disposées en plusieurs couches, dont les plus profondes présentent en de nombreuses figures caryocinétiques un processus de prolifération, et dont les plus superficielles forment une épaisse couche cornée, tissu sans vitalité, qui recouvre les végétations papillaires. Cependant la kératinisation des couches superficielles n'est pas constante. Ainsi dans l'observation que nous rapportons il n'y a pas kératinisation.

L'épithélium pavimenteux pluri-stratifié était considéré autrefois comme caractéristique du papillome dur, donc comme un élément différentiel avec le papillome mou, revêtu d'un épithélium cylindrique. Mais en 1911, Herxheimer formule une opinion différente, à la suite de l'examen histologique de son cas de papillome dur du sinus frontal : « l'absence de toutes les particularités caractéristiques de

l'épithélium pavimenteux, la présence d'un épithélium cylindrique cilié sur les points de la surface libre, qui n'étaient soumis à aucune pression, témoignent avec évidence que dans cette tumeur il s'agit bien d'un épithélium cylindrique type, qui ne s'était aplati, particulièrement dans les couches profondes, que sous le seul effet de la pression exercée par une abondante prolifération épithéliale ».

Plusieurs auteurs signalent également la présence certaine à côté d'un épithélium cilié, de zones plus ou moins étendues avec épithélium pavimenteux, ayant subi ou non la transformation cornée ; ainsi Brüggermann, Scheibe, Vogel.

Massione admet cette opinion et écrit : « la localisation le plus souvent manifeste de l'épithélium pavimenteux au niveau de quelque masse terminale, tandis que la partie basale de la tumeur et ses ramifications sont revêtues d'un épithélium cylindrique, conduit à admettre avec Herxheimer que la prolifération de l'épithélium cylindrique est primitive, alors que la formation de l'épithélium pavimenteux serait au contraire un phénomène secondaire métaplasique ».

C'est un fait admis et l'on peut dire avec Durrand que « tantôt l'assise la plus superficielle de l'épithélium conserve le type cylindrique, tantôt par suite d'une irritation chronique et en vertu de la loi des métaplasies, l'épithélium prend le type pavimenteux stratifié ».

Quant à la distinction en papillome mou ou

dur, Massione avec juste raison la rejette : « C'est une distinction trop artificielle et bien inutile ; elle répond souvent à la réalité mais ne peut être prise comme base pour une classification anatomo-clinique des papillomes ». Il a en effet été décrit d'une façon incontestable, des papillomes à épithélium pavimenteux qui étaient mous, et de nombreux papillomes à épithélium cylindrique qui étaient durs ».

Alors que dans la partie antérieure des fosses nasales, les papillomes présentent un épithélium pavimenteux, on remarque que les papillomes du sinus maxillaire présentent au contraire un épithélium cylindrique, presque toujours accompagné d'ailleurs de zones plus ou moins étendues d'épithélium pavimenteux.

Constatant pour les papillomes du sinus maxillaire, la proportion beaucoup plus grande de récives coïncidant avec l'existence d'un épithélium cylindrique, certains ont voulu voir une relation entre ces deux faits.

Mais Massione écrit avec raison à ce sujet qualifiant les papillomes de « bénins » et de « malins » : « Le papilome malin est en général constitué par un épithélium cylindrique et forme ainsi la majeure partie des papillomes vrais à épithélium cylindrique ; mais nous ne pouvons considérer la présence de cet épithélium comme constituant par rapport à l'épithé-

lium pavimenteux un caractère de malignité, car il y a de nombreux cas de papillomes bénins à épithélium cylindrique ; c'est donc bien à tort que certains auteurs ont cherché à faire admettre que si le papillome bénin est à épithélium pavimenteux, le papillome malin est à épithélium cylindrique ». Puis le même auteur cherchant un caractère pouvant expliquer le papillome malin poursuit : « Entre les papillomes à caractère bénin et les papillomes à caractère malin il n'y a pas de différence essentielle. C'est ainsi que chez les premiers, l'épithélium est certes abondant, mais pas au point de prédominer sur le tissu conjonctif qui est compact, riche en fibroblaste, pauvre en vaisseaux et en éléments immigrés ; chez le second, au contraire, le tissu conjonctif est très pauvre en fibroblaste, très riche par contre en vaisseaux. Le tissu conjonctif semble n'exister ici que pour servir de soutien à l'abondant épithélium, dont l'accroissement est rapide comme le démontrent les nombreuses (mais normales) caryokinèses qu'on y observe... De plus lorsque le papillome se comporte comme une tumeur maligne, on ne constate jamais à la base des papilles, ni alvéoles, ni tubes glandulaires, ni bouchons épithéliaux. Le rapport entre l'épithélium et le tissu conjonctif reste constant ; jamais dans les papillomes malins on n'a pu constater une invasion du tissu conjonctif par l'épithélium ».

Massione, encore, attache une grande importance au nombre élevé et au gros calibre des vais-

seaux, cherchant à expliquer par là l'abondance avec laquelle se reproduit l'épithélium. C'est aller un peu loin ; il vaut mieux avouer que la pathogénie nous échappe, et ne pas attribuer la « malignité clinique » du papillome à la richesse de l'irrigation vasculaire.

Parlant du papillome récidivant Bilancioni ne cherche pas d'interprétation, mais n'hésite pas également à employer le qualificatif de « malin » à propos d'un cas personnel : « Dans notre cas, si d'un côté on ne pouvait mettre en doute le diagnostic anatomique du papillome, tant il se révélait évident au microscope, le diagnostic devait d'autre part être complété par le qualificatif de « malin », en raison tant de son développement, que de son évolution clinique et de sa récurrence, sans que toutefois cette nature « mali-mortis » fut décelable à l'examen histologique. Ainsi qu'il arrive dans beaucoup de papillomes des voies urinaires, la malignité était ici inhérente à la tumeur papillomateuse, sans que celle-ci perdît ses caractères particuliers et se transformât en carcinome ; la disposition de l'épithélium de revêtement, les villosités, la pauvreté de celles-ci en tissu conjonctif, leurs arborescences drues et florides, rien dans la tumeur ne voyait modifier son aspect primitif ».

Il n'en est pas de même lorsque le papillome subit la dégénérescence épithéliomateuse. Cette transformation n'est pas fréquente, quelques auteurs seulement en ont publié des cas. Il faudra cependant toujours y penser en présence d'une réci-

dive et exiger un examen histologique. Cette transformation est caractérisée histologiquement par la rupture et l'effraction de la membrane basale, la dissémination des cellules néoplasiques dans la sous-muqueuse et dans les axes conjonctivo-vasculaires ; apparaît également une atypie cellulaire, nucléaire et cytoplasmique avec monstruosité. L'index caryocinétique est élevé pour les mitoses typiques comme pour les mitoses atypiques. Il y a des phénomènes de kératinisation.

Du point de vue histologique, il faut distinguer le papillome de toutes les productions inflammatoires, tumorales, soit bénignes, soit malignes, qui à un moment quelconque de leur évolution peuvent prendre un aspect papillaire. Elles n'ont qu'un seul point commun avec le papillome : leur forme extérieure. Leur structure microscopique toujours différente doit les faire reconnaître.

On le différenciera surtout de certaines productions auxquelles seul devrait s'appliquer le terme papillomateux, et qui appartiennent à la tuberculose, à la syphilis, aux mycoses : follicules tuberculeux, spirochètes, certains détails de structure caractérisent leur nature.

Dans certains cas de lupus ou de tuberculose torpide il peut y avoir hyperplasie, prolifération de l'épiderme ou de l'épithélium sus-jacent aux lé-

sions. Il se forme des végétations tout à fait semblables à celles d'un papillome. Mais dans le tissu conjonctif et souvent vers la base des végétations, on note la présence de follicules tuberculeux, avec sclérose plus ou moins importante. Si sur un territoire voisin on ne trouve pas de lésions de lupus on conclura à tuberculose végétante, car la structure histologique ne permet pas de trancher entre ces deux affections.

Parlant de la tuberculose laryngée, Collet écrit : « Dans un certain nombre de cas les lésions tuberculeuses provoquent soit dans l'épithélium, soit dans les parties sous-jacentes une réaction qui se traduit par l'apparition en divers points du larynx de saillies multiples ou végétations. Histologiquement, les végétations de la commissure postérieure et des régions adjacentes sont généralement formées par le développement excessif du tissu épidermique, sur un chorion qui forme par l'exagération de ses saillies papillaires des relèvements nombreux; le tout sur un tissu infiltré et scléreux où l'on trouve quelques cellules géantes. La lésion paraît quelquefois se borner à la lésion épidermique et on peut tant celle-ci est intense, la confondre avec un papillome si la pince n'a enlevé que les parties superficielles ».

Quant à la syphilis, ses formes papillomateuses, qui sont les syphilides papuleuses hypertrophiques et condylomateuses, présentent les lésions histologiques suivantes :

a) du côté du derme une hypertrophie constante et parfois considérable des papilles, la formation dans le chorion d'un granulome en masse discoïde plus ou moins volumineuse, constituée par une infiltration de cellules plasmatiques avec prédominance des lésions à la périphérie et dans les parois des vaisseaux.

b) Une hyperplasie épithéliale du corps muqueux dont les prolongements s'enfoncent dans le derme. De nombreux auteurs ont signalé en outre la présence du tréponème dans le derme et le réseau de Malpighi, jusque dans la couche granuleuse.

Pour les mycoses elles revêtent plus rarement l'aspect papillomateux ; l'examen montre alors une hyperplasie épithéliale plus ou moins considérable et dans le derme des lésions rappelant la syphilis par leur caractère inflammatoire subaigu péri-vasculaire, les autres la tuberculose par la présence des follicules épithélioïdes ordonnés autour des cellules géantes.

ÉTIOLOGIE

Le papillome s'observe à tous les âges même dans l'enfance, mais il est beaucoup plus fréquent chez les adultes, le sexe étant sans influence.

Les auteurs n'ont pas toujours été d'accord sur l'origine des papillomes.

Moure, Ruault et Chatelier considèrent le papillome comme une hypertrophie, une végétation papillaire due à un état irrigatif de la muqueuse.

Gérard-Marchand, dans le traité de Chirurgie de Duplay, ne sait dans quelle catégorie les ranger, soit tumeurs véritables, soit simples végétations, l'hypertrophie papillaire ; et Quénu dans le même traité écrivait : « On a décrit sous le nom de papillome les affections les plus diverses ayant ce caractère commun : l'hypertrophie papillaire, mais bien de cause et de nature différente ; on y range des condylomes à côté de tubercules anatomiques, de cors et de verrues. Pour nous le papillome n'a rien à faire avec les néoplasmes, il n'est qu'une lésion banale occasionnée par une irritation du derme, tantôt simple, tantôt de nature septique ou virulente, parasitaire ou non ».

Chavanne écrit en 1907 : « Doit-on extraire le papillome de la grande famille des néoplasmes ? Il ne me semble pas ». S'appuyant sur cette défini-

tion : « une tumeur est une production pathologique tissulaire de cause indéterminée où prédomine un processus formatif plus ou moins localisé, n'aboutissant jamais à la guérison et ayant au contraire de la tendance à l'accroissement » il conclut : « le papillome est donc une tumeur ».

Darier dans son précis de Dermatologie fait entendre un autre son de cloche : « Quant au terme papillome il correspond à peu près à celui de végétation et comme ce dernier il ne désigne pas une espèce ou un genre dermatologique mais une apparence objective... Déclarer qu'une lésion cutanée ou muqueuse est un papillome, ce n'est pas faire un diagnostic, c'est simplement caractériser la forme dermatologique élémentaire que l'on a sous les yeux... Au point de vue histologique il y a trois façons de concevoir les conditions anatomiques qui donnent lieu au phénomène végétations : il peut résulter d'un bourgeonnement actif et primitif de la couche superficielle du derme appelée corps papillaire, ou bien d'une prolifération primitive du corps muqueux de Malpighi, ou bien d'une hypertrophie simultanée de ces deux couches ».

Avec Roussy et Wolf nous arrivons à la conception actuelle du papillome car ils écrivent : « Si l'on se rapporte à la définition des tumeurs que nous avons adoptée (néoformation indépendante de tout phénomène inflammatoire) le papillome ne doit pas être considéré comme une tumeur propre mais comme un mode de réaction des épithéliums et du

derme ou chorion à l'égard des processus inflammatoires ».

Il nous reste à citer l'opinion de Masson qui distingue deux grandes classes de tumeurs bénignes : les tumeurs hyperplasiques et les néoplasmes, l'hyperplasie étant une surproduction cellulaire n'ayant pas sa cause dans les cellules elles-mêmes, mais dans une irritation d'origine extra-cellulaire le plus souvent infectieuse, le néoplasme s'accroissant par la fertilité propre de ses cellules et de façon indéfinie. Or pour Masson il n'existe pas de papillome possédant ces deux propriétés du néoplasme ; il range donc les papillomes dans les tumeurs hyperplasiques et cette opinion s'accorde avec celle de Roussy et Wolf.

Donc le papillome pour certains ne répond qu'à une apparence objective, pour d'autres à une tumeur vraie, pour d'autres enfin à une production inflammatoire banale. C'est cette dernière opinion qui est actuellement admise.

Elle est renforcée par l'existence fréquente dans les papillomes de nombreux leucocytes qui traduisent, disent Roussy et Wolf, leur nature inflammatoire. La présence de leucocytes est signalée dans de nombreuses observations ; dans celle du docteur Moulonguet, que nous reproduisons à la fin de ce travail, l'examen histologique montre la présence « d'innombrables leucocytes ».

Nous remarquons que plusieurs papillomes, soit du sinus maxillaire, soit des fosses nasales ont

été découverts à la suite d'une ablation de polypes muqueux témoignant d'une affection chronique de la muqueuse. N'est-ce pas chez des malades qui présentent depuis de longs mois, de longues années, un écoulement muco-purulent, ou porteurs d'une sinusite chronique très ancienne, que l'on a surtout décrit des papillomes.

SYMPTOMATOLOGIE

C'est une symptomatologie pauvre et l'affection reste longtemps méconnue.

Nous considérerons deux cas, suivant que le papillome est resté localisé au sinus ou s'est extériorisé.

Le papillome n'est pas extériorisé. On conçoit alors l'impossibilité de poser le diagnostic. Rien ne permet de penser à un papillome chez le malade qui vient consulter pour quelques douleurs vagues, un peu de pesanteur au niveau du sinus et chez lequel on trouvera le plus souvent une infection chronique de la muqueuse nasale ; parfois le malade consultera parce que depuis plus ou moins long-temps il respire mal d'un côté et l'examen montrera l'existence de polypes muqueux, plus ou moins abondants, plus ou moins volumineux. C'est alors que la diaphanoscopie et la radiographie indiqueront une opacité sinusienne.

Si les symptômes conduisent à intervenir sur le sinus, le papillome sera découvert. Il se présente alors comme une masse plus ou moins grosse, grenue, en chou-fleur, de couleur rougeâtre, de consistance plutôt molle, saignant facilement.

Le papillome est extériorisé dans la fosse na-

sale. Le malade présentera des symptômes d'obstruction ; parfois il accuse la sensation de corps étrangers ; ou bien ce sont des épitaxis fréquentes ou seulement de temps en temps un suintement sanguinolent qui l'amènent à consulter.

En présence d'un papillome occupant une fosse nasale, et dont on ne voit pas avec évidence le point d'implantation sur la cloison ou sur le cornet inférieur, dans la partie antérieure des fosses nasales, il sera de bonne règle, après avoir libéré cette dernière, de pratiquer la disphanoscopie et de faire une radiographie du sinus maxillaire correspondant. A plus forte raison si le papillome semble naître de la région du cornet et du méat moyen.

En résumé, le diagnostic de papillome du sinus maxillaire ne peut être posé de façon ferme. On ne pourra que le soupçonner ; presque toujours ce sera une découverte, une trouvaille opératoire, une trouvaille histologique.

ÉVOLUTION

PRONOSTIC

Avec Durand, nous pourrions considérer l'évolution du papillome de trois façons différentes :

— Si nous admettons, comme Masson, sa description des papillomes hyperplasiques et, c'est l'opinion admise aujourd'hui, nous devons penser avec lui que « la lésion s'accroît tant que dure l'irritation ; la prolifération cesse quand l'irritation disparaît, mais il ne s'en suit pas que la tumeur s'efface aussitôt ; souvent, au contraire, elle persiste grâce au jeu des mitoses purement rénovatrices ». Mais le plus souvent nous avons affaire à des malades porteurs d'une sinusite plus ou moins ancienne chez lesquels les phénomènes d'irritation n'ont aucune raison de cesser sans une intervention.

— Si l'on admet avoir à faire à un néoplasme vrai, comme pour tout néoplasme, la propriété d'accroissement du papillome sera indéfinie, alors divers troubles liés à l'extension de la tumeur pourront apparaître : tuméfaction des os propres du nez, compression des voies lacrymales, etc... Mais dans presque toutes les observations où de pareils trou-

bles ont été signalés, nous avons vu que la nature de la tumeur restait très suspecte.

— Enfin, le papillome peut subir la dégénérescence maligne et nous avons vu comment se fait le processus histologique.

Le pronostic des papillomes du sinus maxillaire est bénin. une seule évolution maligne est possible : la transformation néoplasique qui est rare.

Quant aux récidives, elles semblent ne pas présenter le caractère de gravité que certains leur attribuent ; caractère basé d'ailleurs sur des observations douteuses quant à l'interprétation histologique de la tumeur.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du papillome, est le plus souvent, nous l'avons vu, une découverte opératoire. Il ne peut être posé de façon certaine qu'après un examen histologique. Quand à l'ouverture d'un sinus maxillaire, l'opérateur se trouve en présence d'une masse d'aspect papillomateux, trois affections principales sont à envisager en plus du papillome.

Le plus souvent celui-ci pense à un épithélioma papillaire, affection de beaucoup la plus fréquente parmi celles qui simulent cliniquement le papillome, affection fréquente également par rapport au papillome. L'examen histologique seul tranchera le diagnostic.

La tuberculose dans sa forme végétante, avec ses excroissances filiformes ou en chou-fleur, plus ou moins isolées ou confluentes, pourra par son aspect papillaire retenir l'attention, sans oublier que la tuberculose du sinus maxillaire est rare et que le plus souvent elle survient chez un tuberculeux avéré, coexistant avec des lésions nasales et bucco-pharyngées. Cependant on ne négligera pas la recherche du B. K. dans les tissus et l'inoculation au cobaye.

Enfin la syphilis prend parfois un aspect végétant caractéristique et l'existence fréquente dans

cette affection de points ostéiques sur les parois du sinus, la recherche des antécédents pourront mettre sur la voie du diagnostic.

De toutes façons l'examen histologique sera nécessaire et la biopsie sera faite avec soin.

Nous avons vu en effet que le papillome n'était constitué que d'éléments normaux, aussi sera-t-il toujours bon de prélever en même temps que du tissu malade, un fragment de muqueuse saine. De plus la prise ne devra pas être trop superficielle car la tuberculose se manifeste parfois par quelques follicules situés à la base des végétations.

TRAITEMENT

A la méthode chirurgicale qui était la seule employée il y a quelques années, est venu se joindre la Roetgenthérapie, le radium, traitements qui présentent surtout un grand intérêt en cas de papillome récidivant.

Pour le papillome du sinus maxillaire on pratiquera avec soin le curetage du sinus sans oublier les angles et ses prolongements zygomatiques et antérieurs ainsi que le voisinage de l'ostium maxillaire.

Le traitement par les rayons X ou par le radium fut appliqué pour la première fois en 1916. On peut juger avec un recul de plusieurs années de leurs résultats.

En 1920 Scheibe cite un cas s'accompagnant de nombreuses récidives qui furent jugulées par des irradiations de R. X. Quatre ans après il n'existait pas de nouvelle manifestation de la tumeur.

En 1921 Köfler constate une guérison définitive d'un petit papillome de la partie antérieure du nez qui avait récidivé après chaque opération, bien que celle-ci fut largement pratiquée.

Ferreri puis Massione, un an après une appli-

cation de radium n'ont plus constaté de récurrence chez deux malades réopérés plusieurs fois.

Certains même ont employé cette méthode sans pratiquer auparavant une exérèse chirurgicale. Ainsi Hautant et Durand publient en 1924 un cas de papillome se traduisant à l'examen par des masses frangées, les unes filiformes, les autres plus épaisses insérées sur la cloison et sur la face convexe du cornet inférieur, les unes franchement pédiculées, les autres sessiles. Ces auteurs employèrent le radium ; la dose appliquée fut le tiers de la dose employée dans le cancer du larynx. Le résultat fut excellent, la masse disparut rapidement et la fosse nasale reprit son aspect normal. Durand écrit à ce sujet : « la technique d'application est simple, mais la dose donnée mérite d'être précisée. Nous avons vu que chez notre malade une dose relativement faible avait été employée avec succès. Nous ne devons pas oublier cependant que tout papillome porte en lui la possibilité d'une transformation cancéreuse. Il faut donc, croyons-nous, quand on traite un papillome, le traiter comme s'il s'agissait d'un cancer véritable. Une dose moindre, suffisante pour faire disparaître objectivement le papillome, laisserait infailliblement les éléments épithéliomateux s'il s'en trouvait. Dès lors, quand apparaîtrait la récurrence maligne, le traitement déjà fait empêcherait toute nouvelle irradiation ».

Faut-il soumettre d'emblée le malade au traitement par le radium ou les rayons X. Faut-il faire

suivre l'intervention de séances d'irradiations ? Nous ne croyons pas. Pourquoi soumettre un malade qui présente une affection bénigne à un traitement extrêmement fatigant et déprimant ?

Le papillome enlevé chirurgicalement par une opération large a toutes chances de guérir. On pensera au radium et aux rayons X, seulement en cas de récurrence.

OBSERVATION

(*Docteur Moulonguet*)

P... R., 39 ans.

Il s'agit d'un homme d'apparence assez robuste, mais qui se plaint d'avoir toujours été gêné de son nez, a toujours craché et mouché, a toujours mal respiré.

Opéré de végétations dans l'enfance par Gellé.

En 1925 on rabotte une crête de cloison et on enlève un cornet inférieur gauche. Le malade reste amélioré pendant 2 ans.

En 1927 la gêne respiratoire recommence. Il consulte un spécialiste qui arrache des polypes dans la narine gauche. Cette ablation de polypes est suivie d'une assez forte hémorragie.

En 1930 et 1932 on recommence l'ablation des polypes qui donne peu de résultats au point de vue respiration, mais déclanche chaque fois de violentes hémorragies, si bien que le malade découragé renonce à se faire enlever ses polypes.

Le 19 avril 1934 le malade vient nous consulter : déviation marquée de la cloison vers la gauche. Nez plein de polypes à gauche. La transillumination révèle une opacité du sinus maxillaire gauche et le lavage transméatique ramène du pus du même côté.

Wassermann négatif.

Temps de saignement : 4' — Temps de coagulation 22'.

Je conseille une résection sous-muqueuse de la cloison avec opération de Caldwell-Luc.

Le 15 octobre 1934 sous anesthésie loco-régionale, résection sous-muqueuse de la cloison en incisant la muqueuse du côté droit, puis opération de Caldwell-Luc. Dès que la paroi antérieure du sinus est ouverte, on aperçoit une masse papillomateuse, rougeâtre, grosse comme une noix qui remplit la cavité du sinus. Cette masse est insérée sur la paroi supérieure du sinus. On la désinsère avec une grosse curette de Volkmann. On trouve un prolongement supéro-interne qui s'enfonce dans l'ethmoïde qu'il refoule, mais sans y prendre d'adhérence. La cloison inter sinuso-nasale et le cornet inférieur sont entièrement enlevés de façon à conserver une bonne vue sur la cavité du sinus maxillaire.

Suites opératoires simples.

Le malade, revu 6 mois après, n'avait pas récidivé. Nez libre, propre, sans polype.

Examen histologique (Docteur Bergès) :

L'étude histologique montre que la muqueuse forme des sortes de végétations arborescentes, papillomateuses plus ou moins élevées ; elle est dans des régions étendues, formée par un revêtement malpighien épais dont les couches superficielles sont lamelliformes, mais sans kératinisation apparente ;

elle est constituée par un revêtement cylindrique stratifié ; les zones de transition y sont assez fréquentes. Ces cellules, tant cylindriques que malpighiennes, n'affectent pas de caractère malin.

La gangue conjonctive ou chorion sous-jacent qui sert d'axe aux formations papillomateuses, est assez densifiée en certaines régions ; vers la partie élevée des bourgeonnements, elle se montre plus molle, plus lâche et beaucoup plus ténue. Cette gangue est fortement irritée ; elle est souvent dissociée par de l'œdème et infiltrée par d'innombrables leucocytes, poly mais surtout mononucléés de toute taille. On reconnaît parmi ces leucocytes un nombre élevé d'éosinophiles. En résumé, muqueuse polypoïde papillomateuse irritée, envahie par des lésions inflammatoires subaiguës. Ces formations ne présentent pas de caractère malin et peuvent être classées dans le cas des bénignités.

Conclusion : Papillome hyperplasique banal s'accompagnant de phénomènes métaplasiques.

Inoculation au cobaye : un cobaye inoculé le 29 novembre 1934 avec les fragments de muqueuse du sinus maxillaire et qui pesait à cette date 575 gr. a été sacrifié le 16 février 1935.

Il avait alors augmenté de 35 gr. et ne présentait à l'autopsie aucune trace de lésions bacillaires.

CONCLUSIONS

1° — Les papillomes du sinus maxillaire et des fosses nasales sont des tumeurs fibro-épithéliales constituées par un squelette de tissu conjonctif et par un riche manteau épithélial. L'épithélium peut être cylindrique, pavimenteux ou les deux à la fois. Le papillome présente tous les caractères d'une néoformation bénigne.

2° — L'ancienne division en papillome dur et papillome mou ne correspond pas à la réalité.

3° — L'opinion de quelques auteurs qui ne reconnaissent qu'un papillome à épithélium pavimenteux est fausse.

4° — Le papillome est une tumeur de caractère bien déterminé ; il doit être différencié de toutes les productions inflammatoires et des autres tumeurs bénignes ou malignes à structure papilloma-teuse.

5° — Le papillome du sinus maxillaire, mode de réaction des épithéliums et du chorion à l'égard des processus inflammatoires, hyperplasie due à une irritation extra-cellulaire le plus souvent infectieuse, se rencontre ordinairement chez les malades porteurs de lésions chroniques de la muqueuse sinusale.

6° — Il existe un papillome récidivant qui déplace et envahit les tissus sans infiltration ni destruction, gardant tous les caractères histologiques d'une tumeur bénigne. Cliniquement, il n'entraîne pas d'adénopathie, ne crée pas de métastases, n'amène pas de cachexie. Son évolution, en général, est très lente.

7° — Le traitement chirurgical doit être considéré au début comme suffisant, il a toutes chances, pratiqué largement, d'amener la guérison ; c'est seulement en cas de récurrence qu'on pourra faire intervenir le radium ou les rayons X. Il faudra, dans ce cas, employer une dose suffisante.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALOIN et DUPLANT. — Papill. hémorragique des F. N., etc.,
Revue laryngologie, 1923, p. 573.
- ANZILOTTI. — Sopra un singolare reperto istologico in un papilloma delle cavita nasali. Archives Ital. di Otol., 1912, XXIII, F. I ; Pathol. 1911, p. 639.
- ARSLAN. — Contributo allo studio dei tumori del setto. Arch. ital. di otol. 1890, p. 32.
- AYSAGUER. — Pap. des f. n. Ann. des mal. de l'or. et du lar., 1885, XI, 335.
- BANI. — Papilloma del cornetto inferiore. Sez. lar. della Soc. di med. de Londra, Sed. 1^{er} déc. 1911.
- BANKS-DAVIS. — Papillomes multiples du nez. Journal of Laryngologie, Juillet 1923.
- BARANGER. — Un cas de papi. du S. maxillaire. Soc. laryngol. des H. de Paris, 15 avril 1929.
- BELLOTTI. — Tumori primitivi dei seni nasali. XI Congr. Soc. Ital. Laryng., 1907.
- BILANCIONI. — Papilloma del naso inserito nel setto. Atti Clin. Otorino-laryng., Roma, 1914, p. 440.
— Papilloma maligno del naso et de seno mascellare di dextra. Policl., Sez. Chirurgica, 1917, f. 3.
— Manuale di Otorinolaringoiatria, Vol. I, Pozzi, Ed., Roma, 1924.
- BICHATON. — Thèse, Nancy, 1904.
- BILLROTH. — Metamorphose des Epithels der freigelegten-Nasenschleimhaut, 1855.
- BLUMENTHAL. — Papilloma durum der nase. Arch. f. Laryng. Bd. XXIII, n. 2, 1910.

- BORGONI. — Pap. della fossa nasale di sinistra. Giorn. Ital. di Laring., Otol. et Rinol., Napoli, 1899-I-9.
- BORRAS y TORRES. — Observación de un caso de papilloma ecc. Rev. de Laring., Barcelona, 1897, XII, 368.
- BROCK. — P. der nase. Arch. f. Laryng. Rinol., 1912.
- BRONNER. — Lection of a large recurrent papilloma wich seemd to grow from the left maxillary autrum. The Journal of Laryng., 1902.
- BRÜGGERMANN. — Ueber sogenannte weiche und harte papilloma der Nase. Zeitschrift f. Ohrenheilkunde und f. Krankheiten der Luftwege, 1913, n. 2.
- BÜNGNER. — Ueber eine ausgedehnte Hornwazzengeschwulst der oberen Nasenhöhle. Arch. Klin. Chir., 39, 2, 1889.
- CALDERA. — Sopra un nuovo caso clinico di papi. del setto nasale. Arch. Ital. di Otol., 1910-114.
- COLLISSON. — Papilloma del naso. The Laryng., vol. XXVI, 1916, n. 3. Ripertato in Boll. mal. e or. naso, gola, 1917, p. 32).
- CARDONE. — Papillomi delle narici propriamente dette e del setto. Arch. Intern. di Otojatria, Rinójatria ed aereoterapia, Napoli, 1885-1-145.
- CASTELLANI. — Adeho-carcinoma del naso con diffusione alle vie lacrimali. La Pratica Otorinolaring., 1913.
- CHAVANNE. — Pap. des F. N. Ann. des Maladies de l'oreille, du larynx, etc. Abüt, 1907.
- CHIARI. — Des néoplâsmes de la cloison des F. Nasaes. Revue laryng. 1886. Wien. Laryng. Ges. Sitzg., 3 febr. 1904.
- CITELLI e CALAMIDA. — Contributo allo studio degli eptfeliomi delle cavita, accessorie del naso. Arch. f. Laryng., 1902.
- CITELLI. — Tumori primitivi dei seni nasali. XI Congr. Soc. Ital. di Laryng., 1907.
- Maltatie del naso et della gola. Utet ed., Tornio, 1926.

- COLLET. — Carcinoma du sinus maxillaire. Soc. Belge d'Otol. ecc. Congrès de Bruxelles, Juin 1907.
- Compte rendu Soc. fr. d'Otol. Revue laryng. 1^{er} Juillet 1889.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'Histologie Pathologique.
- COSTANTINESCU. — Keratome du septum. Revue de Laryngologie, etc., 45, 118, 1924.
- COZZOLINO. — Rivista clinic. terap., n° 2, Février 1887.
- CRESWELL BABER. — Papillome of the nose. Laryng. Soc. of London, 18 avril, 1895.
- CUSENZA. — Contributo allo studio dei papillomi del naso. Archivio Italiano di otologia, etc., 1928, p. 421.
- D'AGUANNO. — P. della faccia interne della pina nasale. Arch. Ital. d'Otol., 1896, IV, 99.
- DAWSON. — Papillomes du nez (Royal Soc. of Med. 1^{er} Mars 1918). Journal of Laryngol. Janvier 1920.
- DE MATA. — Contributo alla casistica dei tumori maligni dello ethmoide. Archivos de rinol. y otol. a. 28, 1917.
- DE SANTI. — P. del setto nasale. Lancet., 8 déc. 1894.
- P. del naso e ulcus rodens in un vecchio. London, laryng., nov. 1904.
- DOUGLASS. — P. of the nasal septum. New York med. Jour. 1899, 6.
- DURAND. — Les Pap. des F. N., Ann. des Mal. de l'or., Septembre 1924, p. 860.
- DURANTE. — Tumeur mixte des F. N., Arch. del Laryngol., 1890, p. 850.
- ECKERT-MÖBIUS. — Pap. del seno mascellare sin. In Handbuch der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. V. A. Denker und O. Kahler, vol. V, parte V, p. 164, 1929.
- FAURE. — Tecnica dell'esportazione dei tumori maligni de mascellare superiore. La Presse Médicale, Nov. 1905.

- FERRERI (G.-H.). — Trattamento e prognosi dei tumori maligni dell'fosse nasali e dell'ipofaringe. Atti. Cl. Otolatrica, Roma 1912.
- FERRERI (G.). — Sulla radium-chirurgica dei tumori maligni dell'etmoide et del mascellare superiore. Atti. Cl. Otolatrica, Roma 1926, p. 117.
- FRÜHWALD (V.). — Zur Casinstik der Tumoren des Vestibulum nasi. Arch. Ohren-nach. Heilk., 108, H. S.4, 1906.
- GALLIANO. — Caso de P. de la fossa nasal izquierda. Ann. de la Soc. Argentina de Oto-Rino-Laring., 1916.
- GAREL. — Thèse Paris, 1893.
— Traité de Diagnostic et therap. des maladies des f. n., 1901
- GAVELLO. — Emoangioendotelioma nasale. XVIII. Congr. Soc. Ital. Laringol., 1921.
- GÉRARD MARCHAND. — Traité de Chirurgie. Duplay et Reclus, t. IV, p. 352.
- GOMPERZ. — Monatschr. f. Ohrenheilkunde, n. 2, 1889, p.25.
- GONZALES. — Caso de papilloma nasal. Anal. de la Soc. Argen. de O. R. L. 24 Agosto 1910, I, p. 106.
— Caso de P. multiples de las fosas nasales, Ibid., 28 sept. 1910, I, p. 109.
- GOURRAUD. — Pap. du pharynx nasal. Végétations adénoïdes. Gazette M. de Nantes, 1887.
- GOVY. — Deux cas de P. des F. N., Revue de Laryngologie, 1921, N° 10.
- GRADENIGO. — Atti. X. Congresso, Soc. Ital. di laring., 1906.
— Sull'azione terapeutica dei raggi Röntgen e del Radium, ecc. Arch. Ital. di Otol., ecc., 1908.
- GRIMES. — Pronostic des tumeurs malignes des F. N. Thèse, Toulouse, 1924.
- HANNERMANN. — Ein Papilloma durum der Siebbein und Keilbeingegend mittels der Denkerschen Operation entfernt. Zeitschr. f. Ohrenheilk. S. I., 1912.

- HARRIS. — Papiloma of the nose. *Ann. of Otol.*, 1907.
- HASSLAUER. — Tumoren der nasenscheidewand. *Arch. f. Laryng.*, Bd. X, H. S.
- HAUTANT et DURAND. — Un cas de P. des F. N. Traitement radiothérapique. *Annales des Mal. de l'oreille, etc.*, 1924, p. 807.
- HELLMANN. — Papilloma durum der nasen und Stirnhöhlenscheidewand. Uebergang in Carcinom. *Arch. f. laryng.*, Bd. VI, 1897.
- HENNEBERT. — Un cas de P. de la F. N. droite. *Arch. Int. d'Oto-Rhino-Laryng.*, 1923, p. 1028.
- HERXHEIMER. — Ueber das sog. harte Papillom der Nase mit Beschreibung eines Falles der Stirnhöhle. *Zeitschrift f. Laryng.*, 3, 249, 1911.
- HEYMANN. — Société de laryng. de Berlin, 18 Janvier 1885.
- HOFMANN. — Die Papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut (*Virchow's Archiv*, 1883, p. 213).
- HOLMGREN. — Papillom in Antrum Highmori. *Hygiea, Stockholm*, 87-482, 1924.
- HUNTER. — Malignant Papillomatous growth of the left inferior turbinate and ethmoidal region. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, 5 nov. 1915.
- IDE. — P. nasale. Asportazonœ chirurgica seguida da Röntgen-terapia. *The Laryngoscope*, n. 5, 1917.
- JACQUES et BERTEMES. — Des tumeurs bénignes des sinus de la face, en particulier du P. du sinus maxillaire. *Revue de laryngologie, etc.*, 1901, p. 2, p. 209.
- JACQUES et GAUDIER. — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire. *Congrès Soc. Franç. Laryng.* Paris, mag. 1907, et *Arch. Inter. de Laryng.* 1907, n. 5, p. 335.
- KAHN. — P. duro del naso. *Soc. Viennese laringorinologia*. Sed. 17 avril 1928.

- KALM. — Zur Casuisti des harten papilloms der nase. Separabdruck ans der Wien. Klin. Woch., 1890.
- KING. — Voluminous P. of the nasal cavity. New Orl. Med. and Laryng. Journal, 1905-1906.
- KOFLER. — Zur Frage des harten (echten) Nasenpapilloms. Papilloma durum nasi. Monatschr. f. Ohrenheilk. v. laryngo-Rhinol., 7955, Supp. Bd. I, 5, 1407-1415, 1921.
- KUBO. — Ob. P. durum der Nasenhöhle gutartig ist? Vertr. Kiushu Igakukwai 1912. Rifer. in Zentralbl. f. Laryngologie, 1913, S. 380.
- KUMMEL. — Die bösartigen Geschwulste der Nase. In Heyman, Handbuch d. Laryng. u. Rhinol., Bd. III, H. 2, 1900.
- LACARRET. — Contribution à l'étude des P. des F. N., Revue de laryngologie, 1889, IX-III, 497, IV, 573.
— Polypes muqueux papillaires de la cloison du nez. Revue hebdom. de Laryngol., 1902, 621.
- LASAGNA. — Di un tumore del seno mascellare. XIII Congr. Soc. Ital. Laryng., 1910.
- LAWSON-WHALE. — Papillome du Septum nasal (Royal Soc. of Med.) Journal of Laryngol., Février 1923.
- LEALE. — Contributo allo studio dei papillomi del naso. II. Valsalva, luglio, 1928, p. 339.
- LEFFERTS. — Monatschrift für Ohr., 1882, n° 9.
- LEOTTA. — Il sarcoma primitivo dell'etmoide. Atti Cl. Otoriatrica, Roma 1913, p. 25.
- LERMOYEZ. — Cancro dell'etmoide. Ann. des Maladies de l'oreille, XXXI, 1904.
- MAC KINNEY. — P. of the nasal cavity : a brief. review with report of a cause. New York Med. Journal, 1899.
- MALAN. — P. duro della fossa nasale. Boll. mal. osec., naso e gola, 1910, p. 173.
- MANCONI. — I tumori maligni della cavita accessorie del naso. Atti Cl. Otoriatrica, Roma, 1922.

- MARASPINI. — Contribution à l'étude des Papillomes du nez.
Lyon 1907.
- MARBAIX. — Societa Belga di Otorinolaringologia, 1929
- MASSIONE. — L'azione del raidum sulp. del naso e cavita accessorie. Atti. I. Oto'atrica, Roma, 1930.
— Atti XXV, Congresso. Soc. Ital. Laringol. 1929.
— Papillomes du nez et des Fosses Nasales. Tumori, Fas. III IV, 1931.
— Saggi Sperimentali sul p. maligno del naso.
I. Tentativi di Kapianto.
II. Risultati di alcune siero-reazioni. Il Valsalva-germaio, 1931.
- MENIER. — Tumori primitivi dell'etmoïde. Paris Chirurgial, 1909-I.
- MEYER (W.). — Papillome de l'antre-cas. Arch. f. Ohren-Nasen u. Kehlkopf. 126-139-142, Juillet 1930.
- MIGNON. — P. nasal. Congrès de la Soc. Franç de Laryngol., d'Otol., etc. Paris, mai 1902.
- MICHEL. — Die Krankheiten der Nasenhoele. Berlin 1876
- MOURE. — Traitement des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde. Revue hebdom. de Laryng., 1902.
- MOSSBÖCK. — Pathology, Anatomy and clinical aspects of hard papilloma of nose. Arch. f. Ohren, Nasen u. Kehlkopf, 132 : 254-260, 1932.
- NOQUET. — P. de la F. N. droite. Revue de laryngol. 1889. 369.
— Tumeur Papillaire volumineuse, ecc. Bull. méd. du Nord, 1891.
— Un cas de tumeur papillaire du cornet inférieur et de la cloison. Revue hebdom. de laryng. etc., 1897, 1121.
- ONO. — P. durum der Nasenhöhle. Jap. Z. Otol. 14, 5, 1908, Rifer. in Inter. Zbl. Laryng., 25, 346.
- PAGANO (A.). — P. of nose and month following warh of hands ; cases. Arch. ital. di otol. 40 : 728-735. Déc. 1929.
- PASQUIER. — Pap. du nez. O.R.L. Internationale, Juin 1921.

- PIETRANTONI. — Adeno-carcinoma primitivo del seno frontale di sin. Papilloma maligno del setto nasale. Ann. di Laryng. Otol. Rinol. Faring. F.III, maggio 1927.
- POLI. — Sulla struttura istologica dei papillomi nasali. Atti del X Congr. Soc. Ital. di Laryng., ec., 1906, 288.
- PORTMANN et RETROUVEY. — Le cancer du nez, des F. N., des cavités accessoires et du naso-pharynx. Doin, Edit., Paris 1927.
- PROTA. — Due casi di carcinoma etmoïdale. Arch. Ital. di Laring. a XXI, 1901, p. 69.
- PUSATERI. — I così detti papillomi dell'orecchio e delle prime vie aeree. Arch. Ital. di Otol. 1915-1916.
- QUÉNU. — Traité de chirurgie. Duplay et Reclus. T.I, p.352.
- REALE. — Si di un papilloma della regione vestibolare del naso avente i caratteri del condiloma acuminato ecc. Arch. Ital. di Laringfl 1900, XX, p. 57.
- RIPAULT. — Un cas de P. confluent des F. N. Ann. des Mal. de l'or., etc., 1895, p. 419.
- ROBERT. — Thèse Bordeaux, 1889.
— Contribution à l'Etude des P. des F. N., Bordeaux, 1899.
- RUGONI. — Intorno alla minuta struttura della mucosa delle fosse nasali e delle cavità accessorie. Arch. di Anatom. e de Embriolog., vol. V, f.I, 1903.
- SACKAI. — Arch. f. Ohrenheilk, 85, 1911.
- SALVADORI. — A proposito dei papillomi delle fosse nasali e del seno mascellare. Arch. Ital. di Otologia, ecc., 1928, p. 434.
- SAXEN. — Pathologisch-Anatomische und Klinische Studien über die primären von der Nasenkavität und den angrenzenden Nebenhöhlen ausgehenden Papillome und Carcinome. Arb. path. Inst. Helsingfors, 1926, Rif. in Z. Halsusw Heilk, 4, I.
- SCARLETT. — Papilloma vero del setto nasale. The Laryngoscope, 1910.

- Breve studio patologico dei papillomi nasali. *The Laryngoscope*, vol. XXIII, 1913.
- SCHEIBE. — Zur Behandlung der Papillome und Papillomatosen Carcinome in der Nase. *Arch. f. laryngol. Rhinol.*, Bd, 33, S. 501, 1920.
- SCHMIEGOLOW. — Tumeurs malignes, primitives du nez. *Revue mens. d'otol. de laryngol. ecc.*, 1885.
- Atti Societa Danese di Otorinolaringologia, 1906.
- SEBILEAU. — Sui cancri del seno mascellare. *Ann. des Mal. de l'or.*, nov. 1906.
- SPICER. — Papillomi del naso e del gengive. *London, laryng.* 12 Aprile 1893.
- STRAZZA. — Studio anatomo-patologico su alcuni tumori del naso. *Arch. Ital. di otol.*, vol. 8, p. 197.
- TANTURRI. — Correlazione tra tumori maligni della fossa nasale e dell'antro di Higmore. Studio istologico e clinico. *Arch. Ital. di Laring.*, XIX, 1899, 97.
- THOST. — Ueber Papillomen in der oberen Luftwegen. *Deutsch. Med. Woch.* 1890.
- TISSIER. — Tumeurs du nez et des sinus. *Ann. des Mal. de l'oreille, ecc.*, T. 1898.
- TOBECK. — So called hard papilloma of nose; case. *Beitr. z. anat., Physiol., Path. and Therap. d. ohres*, 27-432-442. Avril 1929.
- TOMMASI. — Papilloma durum del setta-nasale. *Arch. Ital. di Laringologia*, 1928, ol.V XLVII, p. 81.
- TORRETTA. — Ricerche istologiche e cliniche sul papilloma delle fosse nasali. *Ann. di laring. Otol. e rinol. ecc.*, VIII, I, 1907.
- TRIPPIER. — *Traité d'Anatomie Pathologique générale*, p. 672.
- VALTAN. — Sopra un caso di papilloma sanguinante del naso. *Medic. Pratica*, n. 7, 1914.

VERGER. — Traitement des Epitheliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie curiethérapie. Doin, Edit., Paris, 1925.

VERNEUIL. — P. de la F. N. droite, ecc. Bull. et Mém., Soc. chir. Paris, 1886, 658.

VOGEL. — Zur Pathologischen Anatomie des harten Papilloms der Nase. Passow. Schaefers. Beitr., 23, 117, 1926.

VOLTOLINI. — Die Krankheiten der Nase und des Naserachens, p. 278.

WENDEL e PHILIPPIS. — Revue de Laryngologie, 1899.

ZARNIKO. — Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens, 1905, 2. Hälfte, p. 526 et 727.

ZUCKERKANDL. — Anatomia normale e patologica delle fosse nasali. I. Ediz. 1880 ; Ediz. 1895, vol. I, p. 236.

